

VU Research Portal

Publieke geestelijke gezondheid:analyse en synthese

Smit, H.F.E.

2009

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Smit, H. F. E. (2009). *Publieke geestelijke gezondheid:analyse en synthese*. Trimbos Instituut.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Oratie

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Publieke geestelijke gezondheid: analyse en synthese

Filip Smit



vrije Universiteit amsterdam

Publieke geestelijke gezondheid: analyse en synthese

dr. Filip Smit

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Evidence-based public mental health vanwege het Trimbos-instituut bij de Faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam op donderdag 29 oktober 2009.



Colofon

Afbeeldingen

De afbeeldingen werden opgenomen met toestemming van de kunstenares. Barbara Mason woont en werkt in Oregon, USA. Zij heeft zich toegelegd op *solarplate etchings* (fotopolymeerplaten) waarbij in tegenstelling tot gewone etstechnieken niet alleen additief maar ook reductief gewerkt kan worden. Bijzonder aan haar werk is dat zij vrijwel ongrijpbare concepten visueel weet te maken. Dat doet zij in een abstract expressionistische stijl.

Productiebegeleiding

Joris Staal

Omslagontwerp

Ladenius Communicatie bv

Productie

Ladenius Communicatie bv

Artikelnummer: AF0924

ISBN: 978-90-5253-655-2

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/producten, onder vermelding van artikelnummer **AF0924**. U krijgt een factuur voor de betaling.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-2971100
F: 030-2971111
www.trimbos.nl

© 2009, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

...to the river, which was all covered in circles from the raindrops

Vladimir Nabokov

Voor de Hazen

Mijnheer de Rector,
Dames en heren,

I. Inleiding

Vrijwel iedereen kent wel iemand met een depressie. Dat is niet verwonderlijk. Depressie is een volksziekte waardoor jaarlijks 740.000 Nederlanders worden getroffen. Hoewel depressie in de meeste gevallen goed behandelbaar is, gaan er jaarlijks ruim 82.000 gezonde levensjaren verloren. Daarmee veroorzaakt depressie een grotere ziektelast dan een aantal lichamelijke ziekten zoals diabetes. De ziektelast van depressie heeft



Creation (Mason, 2006)

beduidende economische gevolgen. Depressie genereert jaarlijks 660 miljoen euro aan zorgkosten. Daarnaast veroorzaakt depressie jaarlijks ruim 950 miljoen euro aan productieverliezen door ziekteverzuim. Daarbij rekenen we dan niet eens de extra productieverliezen die ontstaan wanneer mensen zich niet goed voelen, toch naar hun werk gaan, en dan minder productief zijn.

Zoiets zien we ook bij angststoornissen. Per jaar tellen we 1,7 miljoen personen die gezamenlijk 275 miljoen euro aan zorgkosten genereren en ruim 4 miljard euro aan productieverliezen. Ook voor misbruik en afhankelijkheid van alcohol geldt een vergelijkbaar verhaal: 810.000 personen die aan de diagnostische criteria van alcoholmisbruik en -afhankelijkheid beantwoorden, een verlies van 47.800 gezonde levensjaren, en een economische schadepost van 2,6 miljard euro per jaar.

Hoewel ik vooral zal ingaan op depressie, hebben de navolgende redeneringen, met enige aanpassing, ook zeggingskracht voor de angststoornissen en alcoholgerelateerde stoornissen. We keren terug naar depressie. Depressie is

niet hetzelfde als de spreekwoordelijke 'maandagochtendblues' of verdriet. We hebben het over een diagnosticeerbare stoornis waarbij iemand zich somber voelt en interesse heeft verloren in zaken die hem vroeger konden boeien. Depressie gaat bijna altijd samen met een gevoel van uitzichtloosheid. Dat gevoel kan verlamvend werkend en zich uitstrekken tot in de verre toekomst: het idee dat het nooit meer in orde komt. Bij een aantal patiënten kan die uitzichtloosheid leiden tot een gevoel van paniek: op deze manier wil je toch niet — en kan je toch niet — blijven leven? Andere patiënten worden lethargisch. Het gevoel van verlamming, de afwezigheid van motivatie, vormt dan een obstakel om ook maar de kleinste klus aan te pakken. Zo kan depressie leiden tot aanzienlijke beperkingen in het dagelijks leven.

Binnen de komende twintig jaar zal depressie, wat ziektebelasting en kosten betreft, één van de meest gezichtsbepalende ziekten zijn in Nederland, alleen geëvenaard door hart- en vaatziekten. Dat komt voor een klein deel door een stijging in het aantal personen met depressie. Die stijging zal vooral meeliften op het groeiend aantal ouderen, want binnen dertig jaar is het aantal personen ouder dan 65 jaar verdubbeld. Met de ouderdom neemt ook de blootstelling aan risicofactoren toe waarmee het ontstaan van depressie geassocieerd is, zoals verlies van de levenspartner, chronische lichamelijke ziekten, eenzaamheid, verlies van invloed op het eigen leven. Door de groei van het oudere bevolkingssegment neemt dan ook het aantal depressies toe. Bij de overige leeftijdsgroepen blijft de prevalentie van depressie naar verwachting gelijk. Maar ook wanneer het aantal personen met een depressie in de bevolking constant zou blijven, neemt de zorgvraag voor depressie toe. Zoals Rifka Weehuizen betoogt: tegenwoordig functioneren wij in een innovatieve kennis- en diensteneconomie. Een dergelijke economie stelt stevige eisen aan onze cognitieve, emotionele en sociale vermogens. In zo'n economie is het hebben van een depressie dus meteen een fors probleem, en daar zoekt men dan hulp voor (Weehuizen, 2008). Bovendien weet men beter een depressie te herkennen, en weet men dat er iets aan gedaan kan worden. Zo houdt het RIVM rekening met een stijging van 59% in de zorgkosten van depressie in 2020 ten opzichte van het niveau van 2005.

Beschouwd vanuit het perspectief van de publieke geestelijke gezondheid roepen de toenemende zorgvraag bij depressies (en andere mentale stoornissen) en de stijgende zorgkosten een vraag op over de houdbaarheid van de zorg zoals we die nu kennen. Die vraag kan als volgt geformuleerd worden:

Kan de zorg voor psychische stoornissen zodanig worden aangeboden dat de grootst mogelijke gezondheidswinst ontstaat in de bevolking en de geboden zorg gelijktijdig acceptabel, passend en betaalbaar is?

De huidige financiële crisis en de aankomende bezuinigingen maken die vraag eens te meer prangend. Met een bijzonder hoogleraarschap 'Evidence-based public mental health' aan de Faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit wil het Trimbos-instituut bijdragen aan het onderzoek dat nodig is voor het beantwoorden van die vraag. De vraag naar verbeterde efficiëntie van de ggz roept een vervolgvraag op: waar en hoe kan meer efficiency worden verkregen? Ik ga daarom in op enkele mogelijke verbeteringen in de ggz. Dit levert een aantal onderzoeksgebieden op waar de ggz (en in het bijzonder de zorg voor depressie) verbeterd zou kunnen worden. Vervolgens ga ik in op het onderzoek dat mijn collega's en ik op deze gebieden momenteel aan het uitvoeren zijn.

Onderzoek op deelgebieden leidt echter niet tot een samenhangend plaatje. Daarvoor moeten we na alle analyses ook toewerken naar synthese. De synthese heeft vorm gekregen in een dynamisch rekenmodel waarin de wetenschappelijke kennis rondom depressie bijeen wordt gebracht. Die kennis komt uit de epidemiologie, gezondheidseconomie, gerandomiseerd effectonderzoek en meta-analyses van het betreffende effectonderzoek. Maar het gaat niet alleen om cijfers en feiten. Zeer belangrijk zijn ook de waarderingen en de voorkeuren van de belangrijkste partijen in de zorg: zorggebruikers, zorgaanbieders en zorgfinanciers. Bij elkaar gebracht in één interactief rekenmodel geeft al die informatie zicht op hoe meer gezondheidswinst gegenereerd kan worden tegen aanvaardbare kosten — en wel op een manier die acceptabel is voor de betrokken partijen. Maar nu loop ik vooruit op mijn conclusies. Eerst aandacht gevraagd voor enkele onderzoeksvragen die belangrijk kunnen zijn voor verbetering van de huidige zorg.

II. Knelpunten

Behandelsuccessen bij depressie kunnen zich goed meten met behandelsuccessen elders in de geneeskunde. Toch kan het zorgsysteem de zorgvraag nauwelijks aan, of alleen tegen stijgende uitgaven. Gelijktijdig kan het management van depressie op een aantal fronten wellicht beter:

- Internationaal gezien is Nederland koploper met een preventieve aanpak van depressie. Omringd door hoog water en verschanst achter dijken hebben we wel geleerd waardering op te brengen voor preventie. Preventie zit diep in onze volksaard. Het gezegde 'Voorkomen is beter dan genezen' komt dan ook van een Hollander: de bekende geleerde en humanist Erasmus, naar wie een concurrerende universiteit werd vernoemd. Het is dan ook geen toeval dat wij in Nederland beschikken over vele preventieve interventies waarmee depressies voor een goed deel voorkomen zouden kunnen worden. Helaas zijn we ook een zuinig volkje: minder dan twee procent van het zorgbudget wordt besteed aan ggz-preventie en jaarlijks ontvangen niet meer dan zo'n 8.000 mensen een preventieve interventie. Dat is een druppel op de gloeiende plaat.
- Wanneer mensen depressief zijn en daarvoor hulp zoeken, krijgen zij niet altijd een bewezen effectieve behandeling conform geldende richtlijnen. Nu moeten we van richtlijnen geen loden pijp maken, maar wanneer slechts dertig procent van de behandelaars volgens zulke richtlijnen werkt, is dat misschien wel erg weinig. Dit resulteert zowel in onderbehandeling als in overbehandeling.
- Patiënten worden niet altijd voldoende betrokken bij de zorg voor hun eigen gezondheid. Waarschijnlijk heeft dit een nadelig gevolg voor hun therapietrouw. De vraag is: zouden we niet beter af zijn wanneer mensen een



Speculation (Mason, 2006)

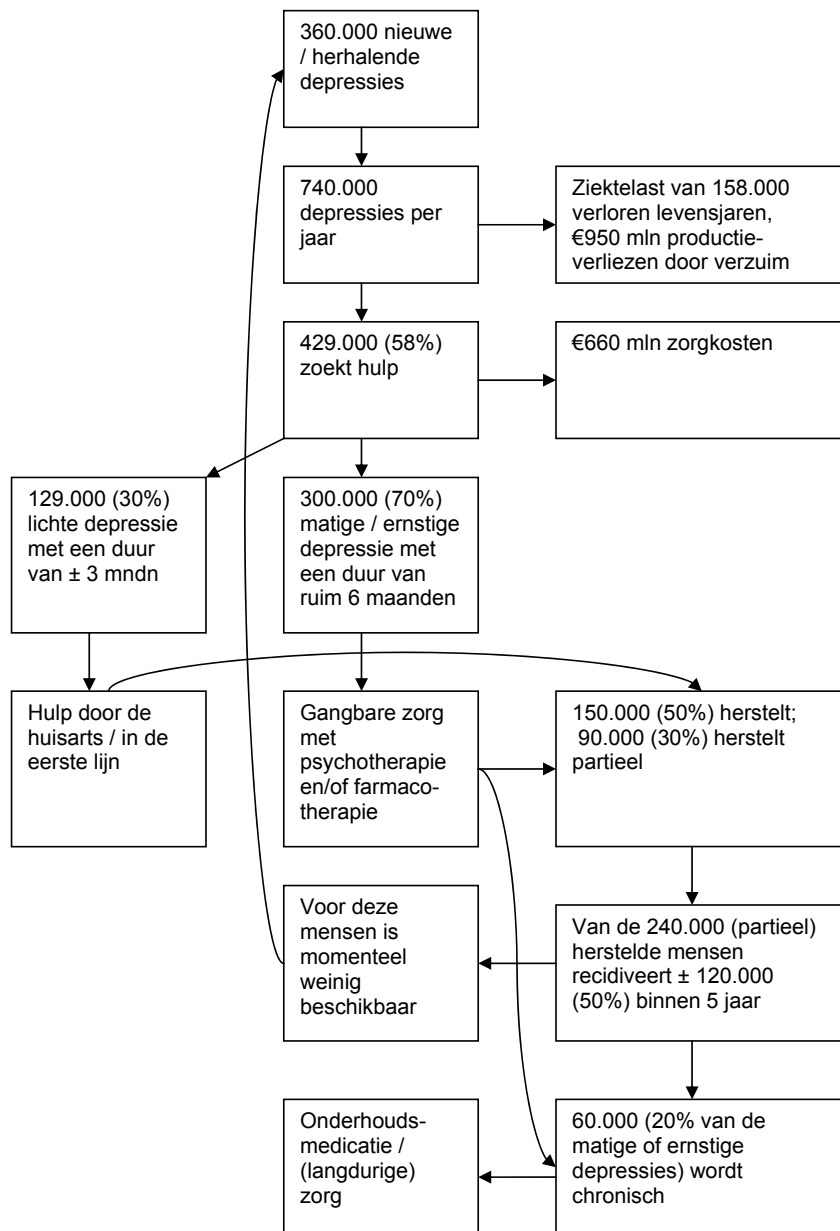
grotere rol spelen en dus ook een groter beslissingsrecht krijgen in het managen van hun eigen gezondheid?

- Het verhaal stopt niet bij al dan niet een goede behandeling; het gaat verder. Twintig procent van de depressies wordt chronisch en ruim vijftig procent van de succesvol behandelde patiënten recidiveert binnen vijf jaar. Mensen met een recidiverende depressie maken gemiddeld zeven à acht depressieve episoden mee, en brengen daarmee gemiddeld negentien procent van hun leven door in een depressieve stemming (Vos et al., 2004). Zo lijkt te vaak een behandeling een succes, terwijl dat succes maar van tijdelijke aard is. Monitoring van klinische uitkomsten over de langere termijn is daarom belangrijk. Het helpt om tijdig te kunnen ingrijpen bij een recidief.
- Daarnaast zou gerichte terugvalpreventie ook meer systematisch aangeboden kunnen worden aan personen die na een behandeling hersteld zijn, maar van wie bekend is dat zij in het verleden al vaker een depressieve episode hebben meegemaakt.

Een belangrijk deel van deze tekortkomingen kan geweten worden aan het acute karakter van de zorgverlening. Episodisch ziektemanagement gericht op acute manifestaties van depressie biedt nu eenmaal weinig ruimte aan preventie en lange-termijnstrategieën. Bovendien vertonen de verbindingen tussen preventie, eerste lijn en de gespecialiseerde ggz kloven die resulteren in discontinuïteit in de zorgketen. Ik maak hierbij geen verwijt aan beroepsgroepen, maar wijs op enkele systeemfouten.

De genoemde systeemfouten zijn niet zonder gevolgen. Met preventie bereiken we te weinig mensen. In de zorg worden patiënten onvoldoende betrokken bij de keuzen die gemaakt moeten worden waardoor ook hun therapietrouw in het geding is. Ten slotte vindt te weinig gerichte monitoring plaats van gezondheidseffecten. Zo kan het gebeuren dat grote groepen keer op keer een beroep doen op de ggz: hun herstel was maar tijdelijk, en interventies zoals gerichte terugvalpreventie vonden niet plaats. Gevolgen zijn: onvoldoende bereik, dreigende verstopping in de ggz, hoge zorgkosten, te weinig gezondheidswinst, en mensen die de spreekwoordelijke 'draaideurpatiënten' worden. Figuur 1 maakt enkele van deze knelpunten aanschouwelijk. Dit is een negatief plaatje van de ggz. De keerzijde is dat er ruimte is om verbeteringen te realiseren.

Figuur 1. Depressie op jaarbasis: epidemiologie, zorg, kosten en uitkomsten



III. Vragen

Verschillende collega's hebben belangrijke vragen opgeworpen die informeren naar mogelijke verbeteringen van de ggz in het algemeen en de zorg voor depressie in het bijzonder. Een selectie:

1. Over gezondheidsbevordering: Zou het lonen meer te investeren in gezondheidsbevordering – zodat meer mensen een betere mentale conditie krijgen; psychisch fitter worden? Maken psychisch fitte mensen minder gebruik van de zorg? En als zij ziek worden, herstellen zij dan sneller? Zijn mensen met een goede geestelijke conditie economisch productiever? En hebben werkgevers er daarom baat bij te investeren in psychische fitheid?
2. Over preventie: Is het mogelijk om preventief in te grijpen bij beginnende depressieve klachten? Kan daarmee het ontstaan van een depressie worden voorkomen? Kan depressiepreventie op een kosteneffectieve manier worden aangeboden?
3. Over het gebruik van nieuwe media: Welke rol kan het internet spelen bij het op grotere schaal aanbieden van interactieve zelfhulpinterventies bij beginnende en lichte manifestaties van depressie? Vinden zorggebruikers dat een acceptabele vorm van geestelijke gezondheidszorg? En hoe effectief en kosteneffectief is e-mental health?
4. Over toepassing van richtlijnen: Ontstaat er meer gezondheidswinst wanneer richtlijnen voor de behandeling van depressies stringenter worden toegepast? Zou het daarbij lonen om wat vaker psychotherapie aan te bieden en minder vaak farmacotherapie? — dat wordt wel eens gedacht omdat psychotherapie een profylactisch effect heeft en dus beter beschermt tegen recidief. Is het aanbieden van duurdere psychotherapie daarom misschien ook kosteneffectief?

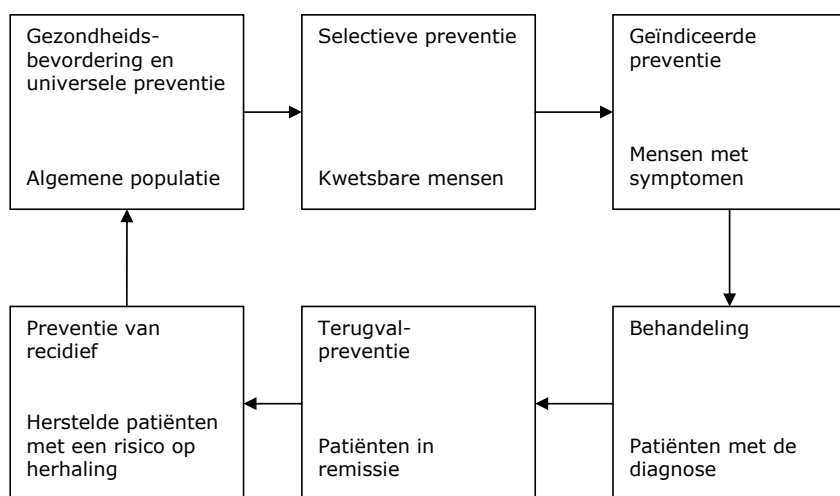


Inception (Mason, 2006)

5. Over terugvalpreventie: Wat mogen we verwachten van het gericht aanbieden van terugvalpreventie bij mensen met een geschiedenis van recidiverende depressies? Kan recidief voorkomen worden? In welke mate? En over welke tijdspanne?
6. Over de zorg voor chronische depressie: Een laatste, en misschien wat brutale, vraag: kunnen mensen met chronische depressie meer aan zelfmanagement doen? En op welke wijze dienen zij daarvoor gesteund te worden?

De deelvragen suggereren dat op diverse gebieden geïntervenieerd kan worden. Maar wat gebeurt er wanneer dit op een samenhangende wijze wordt gedaan? Kunnen dan betere resultaten over de hele linie worden behaald? Zou een dergelijke samenhangende zorg voor depressie beschreven kunnen worden als een systeem van 'geïntegreerd disease-management' — iets dat geschikt is voor alle stadia van depressie en dus beschikbaar voor de hele zorgketen voor depressie?

Figuur 2: Gezondheidscondities, transities, preventie en behandeling



Zo ontstaat er wellicht een alternatief zorgscenario: een disease-management systeem dat duidelijke klinische doelen nastreeft, gezondheidseffecten blijft monitoren, en adaptief reageert op behaalde klinische uitkomsten — zodat de kwaliteit van behaalde gezondheidseffecten centraal in het vizier van de zorg blijft staan en daarop gestuurd kan worden.

IV. Analyse

Ik wil nu kort ingaan op onderzoek dat probeert licht te werpen op enkele van de gestelde vragen.

Gezondheidsbevordering

Zoals mensen aan hun fysieke conditie kunnen werken, kunnen zij misschien werken aan hun geestelijke conditie.

Zo'n positief psychologische insteek bestaat al wat langer, maar begint pas de laatste jaren meer grond onder de voeten te vinden in wetenschappelijk opzicht (Foresight Project, 2008; Walburg, 2008). Binnen het Trimbos-instituut is Ernst Bohlmeijer degene

geweest die het wetenschappelijk onderzoek op dit gebied begonnen is en dat werk nu voortzet aan de Universiteit van Twente. Ik vind het een plezier dat werk met hem en een steeds grotere groep personen voort te zetten. In dezelfde geest vind ik het een groot genoegen om met Rifka Weehuizen en een groep collega's op het Trimbos-instituut me te verdiepen in onderwerpen zoals 'mentaal kapitaal': de betekenis van een gezond hoofd voor een gezonde economie. Zo vroegen we ons af of mensen die hoog scoren op *positive affect* minder zorgkosten maken en arbeidsproductiever zijn. En zie aan: op onze computerschermen werden de baten (uitgedrukt in euro) ineens zichtbaar. Gezondheidsbevordering belooft daarmee een boeiende en maatschappelijk relevante onderzoeksrichting te worden.



Ascension (Mason, 2006)

Preventie

Inmiddels zijn er vele gerandomiseerde trials uitgevoerd die de werkzaamheid van preventieve interventies hebben aangetoond. Aan een aantal van die trials hebben mijn collega's gewerkt. Dankzij al die inspanningen is het mogelijk gebleken meta-analyses uit te voeren waarin de evidentie van al de afzonderlijke

studies gecombineerd wordt. Deze studies laten zien dat de kans op een depressie met twintig à dertig procent afneemt nadat mensen een preventieve interventie hebben ontvangen (Cuijpers et al., 2006; Cuijpers et al., 2008). Een getrapte vorm van preventie met uitkomstmonitoring en mogelijkheden om naar intensievere vormen van preventie over te stappen als dat nodig is, laat zien dat het risico om een depressie of angststoornis te krijgen zelfs gehalveerd kan worden (Van 't Veer et al., 2009).

E-mental health

Een aandachttrekkend alternatief voor groepsgewijze preventieve interventies is het aanbieden van zelfhulp gesteund door nieuwe communicatietechnologieën (Riper et al., 2007). Interactieve zelfhulpinterventies die via het internet worden aangeboden zijn namelijk tegen lage kosten leverbaar en bovendien zeer schaalbaar. Voor de effectiviteit van zulke interventies verwijs ik naar de programmeringstudie die door Heleen Riper en collega's werd uitgevoerd (Riper et al., 2007) en naar de meta-analyse van Viola Spek en collega's (Spek et al., 2007). Die studies laten zien dat zelfhulpinterventies via het internet effectief zijn. Het geeft me veel plezier om met toegewijde onderzoekers de kosteneffectiviteit van zulke interventies te evalueren. Op dat gebied beginnen we spannende resultaten te zien.

Terugvalpreventie

Omdat ruim de helft van de succesvol behandelde depressies vroeger of later recidiveert, is gerichte terugvalpreventie van recidiverende depressie van groot belang. Meta-analyses, onder andere van mijn collega Geke Romijn, laten zien dat preventieve cognitieve therapie voor recidiverende depressie de kans op herhaling in belangrijke mate doet afnemen, ook over de langere termijn (Vittengl et al., 2007; Romijn et al., 2008). In een gezaghebbende studie wordt geconcludeerd dat het terugdringen van recidief een maatregel is die veel gezondheidswinst kan opleveren (Vos et al., 2004). Ik vind het daarom zeer de moeite waard om samen met Claudie Bockting en Lillian van der Kamp nader onderzoek te doen naar de werkzaamheid en doelmatigheid van terugvalpreventie.

V. Synthese

Meer dan de som

Er begint enige evidentie te ontstaan dat er gebieden zijn binnen de zorg voor depressie die effectiever en waarschijnlijk ook doelmatiger aangepakt kunnen worden. We laten ze puntsgewijs nog even de revue passeren:

- Minder mensen in de zorg door betere preventie;
- Minder druk op behandelaars door zelfhulp via het internet;
- Minder recidief door vaker psychotherapie te bieden in de acute fase;
- Verdere afname van recidief door gerichte terugvalpreventie.

Het gaat hierbij niet om megalomane reorganisaties van de zorg. De ggz is immers nog steeds aan het uithijgen van allerlei veranderingen. Het gaat wel om enkele zaken die al gedaan worden, en waarvan ik zou zeggen dat sommige inspanningen meer resultaat opleveren dan anderen. Het gaat daarmee om accentverschuivingen; wat meer van dit, en soms wat minder van dat.

De verwachte gezondheidseffecten van dit soort strategieën worden momenteel doorgerekend met een rekenmodel. Daarbij onderzoeken we ook het gecombineerde effect van deze strategieën, en proberen na te gaan welke combinaties van interventies leiden tot maximale gezondheidswinst binnen aanvaardbare financiële grenzen. Van wezenlijk belang is dat het niet alleen gaat om kille economische doorrekeningen. Het model kan expliciet de waardering wegen en meenemen van belangrijke partijen in de zorg zoals zorggebruikers, zorgaanbieders en zorgfinanciers. Is de zorg voldoende acceptabel voor zorggebruikers, passend in de ogen van zorgaanbieders, en ook nog betaalbaar door zorgfinanciers? Het maken van dat soort afwegingen is essentieel en is



Synthesis (Mason, 2006)

daarom uitgangspunt en fundament van de gezondheidseconomische doorrekeningen. Het rekenmodel werd gemaakt in een samenwerking tussen het Trimbos-instituut en PricewaterhouseCoopers. Dirk Adema heeft hierbij bergen werk verzet en deed dat met een ongelooflijke slimheid. Binnenkort gaan we starten met het verdere werk, maar nu al begint het rekenmodel in bredere kring aandacht te trekken. Zo heeft de World Health Organization in Genève interesse getoond in een vergelijkbaar rekenmodel en begint er samenwerking te ontstaan met allerlei groepen, in binnen- en buitenland. Het lijkt inderdaad tijd dat we in Nederland op een systematische manier onze strategische opties voor een betere zorg voor depressie onder de loep nemen. Al was het maar om onze zorgvisie aan te scherpen.

Publieke geestelijke gezondheid

Wat kunnen we nu — aan het einde van de oratie gekomen — zeggen over het vakgebied 'publieke geestelijke gezondheid'? Allereerst dit: het is vooral een manier van kijken naar geestelijke gezondheid. Daarbij wordt de geestelijke gezondheid beschouwd vanuit een macroperspectief. Het gaat dus niet om deze ene patiënt. Het gaat ook niet over deze ene behandelwijze. Publieke geestelijke gezondheid bestudeert het systeem van de gezondheidszorg voor een ziekte over de hele zorgketen. Uit welke mix van interventies bestaat die zorg? In welke mate is de zorg succesvol met het genereren van gezondheidswinst op het niveau van de populatie? In welke mate wordt de geboden zorg als acceptabel ervaren door zorggebruikers? Voldoet die zorg ook aan professionele standaarden? En kan de zorg geboden worden tegen aanvaardbare kosten? Zorg zou immers gepast, acceptabel, effectief, en ook nog betaalbaar moeten zijn. Het is niet eenvoudig om tegemoet te komen aan al die eisen. Toch kunnen we de belangrijkste vraag niet laten liggen: Hoe ziet een 'optimale' geestelijke gezondheidszorg er uit? Daarom proberen wij maatschappelijk relevante vragen te stellen. De antwoorden op die vragen worden via wetenschappelijk (epidemiologisch, klinisch en gezondheidseconomisch) onderzoek verkregen. Dat gebeurt op een pragmatische manier, een manier die helpt bij het nemen van beslissingen. Na de analyses dient daarom een moment te komen van synthese, zodat alle relevante kennis op een bespeelbare manier wordt samengebracht. Dat is het pad dat ik met een aantal collega's en promovendi hoop te bewandelen.

VI. Dankwoord

Ik kom nu bij het dankwoord. Al enkele collega's binnen en buiten deze universiteit werden genoemd. Dat kan ook niet anders. Onderzoek is namelijk teamwerk; ofwel volop gebruik maken van elkaars talenten. Dat maakt onderzoek ook zo aantrekkelijk: samen een idee uitwerken, van elkaar leren, elkaar stimuleren, en publiceren. Een buitengewoon hoogleraarschap vanuit het Trimbos-instituut aan het interfacultaire EMGO instituut van het VU medisch centrum wil uitdrukkelijk aan zulke samenwerking bijdragen.



Alliance (Mason, 2006)

Ik ben daarom de Raad van Bestuur van de Vrije Universiteit en in het bijzonder professor Wim Stalman, de decaan van de Medische Faculteit, veel dank verschuldigd voor de gastvrijheid waarmee de leerstoel mogelijk werd gemaakt. Beste Wim, ik zal me inspannen de leerstoel op een waardige manier vorm en inhoud te geven.

Ik dank professor Hans Brug, directeur van het EMGO instituut, wel heel speciaal voor zijn rol bij het vestigen van de leerstoel. Beste Hans, jij maakte de leerstoel pas echt mogelijk door mij een plek te geven bij de Vakgroep Epidemiologie en Biostatistiek binnen het EMGO instituut. En meer dan dat, je toont ook een levendige belangstelling voor deze leerstoel. Ik dank je voor jouw aardige onthaal, je betrokkenheid, en je stimulans.

Ik voel diepe genegenheid voor professor Aartjan Beekman. Beste Aartjan, niet eens zo heel lang geleden was jij mijn eerste promotor. Ik kijk met heel veel plezier terug op die tijd. Het geeft me ook een intens genoegen om te merken

hoe we sindsdien verder zijn gegaan met gezamenlijk onderzoek. Maar meer dan dat: je bent ook initiatiefnemer geweest voor het vestigen van deze leerstoel. Terwijl ik eerst niet eens dacht over promoveren, sta ik nu — dankzij jou — te oreren. En nadien ben je al weer stappen verder gegaan: je hebt me samen met de zeer gewaardeerde professor Brenda Penninx uitgenodigd om wekelijks een werkdag op de Vakgroep Psychiatrie te komen werken. Dat lijkt me een feest!

Al vaak was er gelegenheid mij dankbaar te voelen door de vriendschappelijke en genereuze houding van professor Pim Cuijpers. Beste Pim, je bent een heel stimulerende aanwezigheid in mijn leven en je geeft me keer op keer het gevoel dat we een sterk koppel vormen wat onderzoek betreft. Je blijft grenzen verleggen, bent razend productief, en je bent bovendien een samenwerker in de beste zin van het woord: betrokken, stimulerend, scherp van geest, en vrolijk. Je gaf onmiddellijk steun aan het plan om deze leerstoel te vestigen en draagt daar ook ruimhartig aan bij in materieel opzicht: door een werkplek te bieden op de Vakgroep Klinische Psychologie en door een niet onbelangrijke financiële bijdrage aan de leerstoel. We hebben volop samengewerkt, en daarmee ga ik graag door.

Tot slot kom ik bij dr. Jan Walburg, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Trimbos-instituut. Beste Jan, je hebt mijn eerlijke dank voor de wijze waarop je vele van mijn collega's op het Trimbos-instituut en ook mij telkens weet te bewegen om meer uit onszelf te halen, tot rijpere mensen uit te groeien, en onze talenten aan het werk te zetten met een gerichtheid op zaken die er echt toe doen: ons in te zetten voor anderen, het bevorderen van geestelijke vitaliteit, het versterken van onderlinge betrokkenheid, en ja, zelfs heel onomwonden, aandacht voor menselijk geluk — maar dan van een wat duurzamer soort. Inderdaad: sommige zaken zijn zo de moeite waard dat ze geheel onze ambitie en toewijding verdienen.

Ik heb gezegd.

Referenties

- Andrews G, Sanderson K, Corry J & Lapsley HM (2000). Using epidemiological data to model efficiency in reducing the burden of depression. *Journal of Mental Health Policy and Economy* 3:175-186.
- Andrews G, Issikadis C, Sanderson K, Corry J, Lapsley H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry* 184:526-533.
- Bockting C. (2006) The rhythm of depression (PhD Dissertation). Amsterdam: University of Amsterdam, Faculty of Medicine.
- Chisholm D, Sanderson K, Ayoso-Mateos JL, Saena S. (2004) Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *British Journal of Psychiatry*, 184: 393-403.
- Cuijpers P, Van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. (2008) Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry* 165: 1272-1280.
- Cuijpers P, Smit F, Van Straten A. (2007). Psychological treatment of subthreshold depression: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. [e-pub ahead of print]
- Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. (2005). Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 193: 119-125.
- Cuijpers P, Smit F. (2008) Editorial: Has time come for broad-scale dissemination for prevention of depressive disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118: 419-420.
- Luijendijk HJ, Van den Berg JF, Dekker M, Van Tuijl HR, Otte W, Smit F, Hofman A, Sticker B, Tiemeier H. (2008) Incidence and recurrence of late-life depression. *Archives of General Psychiatry* 65:1394-1401.
- Foresight Project (2008). Mental capital and wellbeing - Making the most of ourselves in the 21st century. London: Government Office for Science
- Meeuwissen JAC, Van de Wijngaarden B, Smit F. (2009) Indicatoren voor ketentoezicht op het ziekteverloop bij depressie. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Meijer S, Smit F, Schoemaker C, Cuijpers P. (2006) Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen De Bilt: RIVM, centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen en Trimbos-instituut, centrum Preventie en Kortdurende Interventie.
- Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Smit F, Carter R. (in prep.) Assessing-Cost-Effectiveness in Prevention (ACE-Prevention) – Do preventive interventions for depression represent good value for money?
- Porter ME, Olmsted Teisberg E. (2006) Redefining Health Care: creating value-based competition on results. Boston MA: Harvard Business School Press.
- Riper H, Smit F, Van der Zanden R, et al (2007). E-mental health: high tech, high touch, high trust. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Romijn G, Ruiter M, Smit F. Meer effect met depressiepreventie? Strategieën voor publieksvoorlichting, vroegherkenning en terugvalpreventie. (Reeks: Wetenschappelijke Onderbouwing Depressiepreventie). Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schoevers RA, Smit F, Deeg DJH, et al. (2006). Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *American Journal of Psychiatry* 163, 1611-1621.
- Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I, et al. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis
- Smit F, Beekman A, Cuijpers P, et al. (2004). Selecting key-variables for depression prevention: Results from a prospective population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders* 81 (3) 241-249.
- Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, et al (2006). Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Archives of General Psychiatry*, 53, 290-296.
- Smit F, Comijs HC, Schoevers R, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. (2007) Target groups for the prevention of late-life anxiety. *British Journal of Psychiatry* 190: 428-434.

- Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, De Graaf R, Beekman A. (2006) Costs of common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 9: 193-200.
- Smit F, Willemse G, Koopmanschap M, et al. (2006). Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients: randomised trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 330-336.
- Smit F, Smits N, Schoevers R, Deeg D, Beekman A, Cuijpers P. (2008) An epidemiological approach to depression prevention in old age. *American Journal Geriatric Psychiatry* 16: 444-453.
- Van 't Veer-Tazelaar P, Van Marwijk H, Van Oppen P, Van Hout H, Van der Horst H, Cuijpers P, Smit F, Beekman A. (2009) Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry* 66:297-304.
- Vittengl J, Clark L, Dunn T, Jarrett (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioural therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75: 475-488.
- Vos T, Haby M, Barendregt J, et al. (2004). The burden of major depression avoidable by longer-term treatment strategies. *Archives of General Psychiatry* 61: 1097-1103.
- Walburg J.A. (2008) Mentaal vermogen – investeren in geluk. Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- Weehuizen R. (2008) Mental Capital: the economic significance of mental health (PhD Dissertation). Maastricht: University of Maastricht.



Voor de inrichting van de geestelijke gezondheidszorg zijn drie partijen van fundamenteel belang: zorggebruikers, zorgaanbieders, zorgfinanciers. Zorggebruikers wensen toegang tot acceptabele zorg. Zorgaanbieders willen kwalitatief goede zorg, dat wil zeggen passend en effectief. Zorgfinanciers willen tevreden zorggebruikers en gemotiveerde zorgaanbieders, en hebben daarnaast een belang bij betaalbare zorg. Alle partijen hebben een belang bij tijdbestendige dus duurzame zorg. De drie partijen zijn veroordeeld tot een –soms moeizame– alliantie, want de ene partij kan niet zonder de andere. Daarbij is het niet makkelijk al hun eisen met elkaar in overeenstemming te brengen. Toch kunnen deze drie partijen niet om de belangrijkste vraag heen:

Kan de zorg voor psychische stoornissen zodanig worden aangeboden dat de grootst mogelijke gezondheidswinst ontstaat in de bevolking en de geboden zorg gelijktijdig acceptabel, passend en betaalbaar is?

Met een bijzonder hoogleraarschap 'Evidence-based public mental health' aan het VU medisch centrum wil het Trimbos-instituut bijdragen aan een wetenschappelijk onderbouwde zorgvisie ter beantwoording van deze maatschappelijk relevante vraag.

Filip Smit is verbonden aan het Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction) en aan het EMGO instituut (EMGO Institute for Health and Care Research) van het VUmc. Hij promoveerde cum laude op het proefschrift 'Prevention of Depression' aan de Medische Faculteit van de Vrije Universiteit in 2007. Zijn benoeming tot buitengewoon hoogleraar vond plaats op 1 maart 2009. Met deze oratie wil hij de contouren en ambities schetsen van de betreffende leerstoel.

